

Geneva Lane Medical Libr

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
POLICLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE.
DIRECTEUR : PROFESSEUR DOCTEUR AMÉDÉE PUGNAT

LE TRAITEMENT DE LA PHARYNGOMYCOSE

PAR

L'ÉLECTROCOAGULATION

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HOUSNI ELTAHER

DU CAIRE (EGYPTE)



GENÈVE
IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1927

Thèse N° 1211

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
POLICLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE.
DIRECTEUR : PROFESSEUR DOCTEUR AMÉDÉE PUGNAT

LE TRAITEMENT DE LA PHARYNGOMYCOSE

PAR

L'ÉLECTROCOAGULATION

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HOUSNI ELTAHER
DU CAIRE (EGYPTE)



GENÈVE
IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1927

Thèse N° 1211

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'adresser nos remerciements respectueux à Monsieur le Professeur Amédée PUGNAT et d'exprimer notre gratitude à Mr le Dr H. MANTCHIK, Privat-Docent à l'Université, pour les conseils qu'ils nous ont toujours donnés avec tant de bienveillance.

LA PHARYNGOMYCOSE

La Pharyngomycose est une affection fréquente consistant en une réaction hyperkeratostique de la muqueuse pharyngée provoquée par le développement d'un parasite, le *Leptothrix buccalis*. Ce champignon qui se trouve normalement dans la bouche de l'homme pullule sous l'influence de causes mal connues. Les troubles gastriques, la dyspepsie en particulier paraissent y jouer un rôle prépondérant. Les neurasthéniques aussi sont souvent porteurs de la Mycose pharyngée.

On a également incriminé comme causes de la Pharyngomycose les inflammations chroniques du pharynx du nasopharynx de la cavité buccales, la carie dentaire en particulier ainsi que les inflammations des fosses nasales.

D'ailleurs le parasite dès qu'il commence à se développer entretient à son tour un état inflammatoire. On a fait jouer à l'acidité de la salive un certain rôle dans la pullulation du *Leptothrix* mais cela n'est pas indispensable puisqu'on a pu cultiver le parasite quelque fût le degré de l'acidité des amygdales. C'est en somme le mauvais état générale, la scrofule, le surmenage physique et moral, parfois le froid humide, tous ces facteurs habituels des engins qui ont une influence sur le développement de la Pharyngomycose. Cette affection ne paraît pas être contagieuse; on a cependant cité des cas de transmission de la Pharyngomycose. Elle se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme et surtout de 20 à 30 ans. On peut même la trouver bien que très rarement chez les enfants et chez les vieillards.

C'est FRÆNKEL qui en 1873 en décrit le premier cas sous le nom de « Mycose bénigne du Pharynx ». En 1888 DECKERT et SEIFERT ont par inoculation sur les amygdales produit cette affection. Quelques autres auteurs, MOURE en particulier en ont démontré la fréquence. GAREL en 1893 a fait de la question une revue générale en apportant un grand nombre de cas personnels. COLIN, la même année en a surtout étudié l'anatomie pathologique.

La Pharyngomycose siège en différents points de la muqueuse pharyngée, mais c'est surtout au niveau des amygdales palatines et l'amygdale linguale qu'on l'aperçoit. On la trouve aussi sur les parois postérieure et latérale du pharynx, sur les aryténoïdes même.

L'aspect de la mycose est caractéristique. COLIN en a décrit trois types : 1° de petits points blanchâtres légèrement proéminents, 2° îlots touffus dont la surface est hérissée d'un grand nombre de piquants ou arêtes qui leur donnent parfois l'aspect d'une crête de coq. Ces touffes atteignent parfois une épaisseur considérable, jusqu'à 1 cm. (Moure) 3° Taches ou plaques blanc-jaunâtres pouvant simuler des fausses membranes diphtériques. Les masses mycosiques ont une consistance dure. Elles sont très adhérentes et résistent aux instruments qui tentent de les extraire. Sur l'amygdale les points blancs de la mycose ne répondent pas à une crypte mais se trouvent surtout sur la muqueuse qui sépare les orifices cryptiques. C'est là un des caractères qui les différencient de l'amygdalite lacunaire caséuse. Son adhérence seul suffirait du reste à la distinguer. Les différentes angines, comme par exemple l'angine pultacée ou herpétique qui pourrait simuler la pharyngomycose est toujours accompagnée des symptômes généraux qui manquent dans la mycose dont les touffes ne sont d'ailleurs accompagnées d'aucun symptôme inflammatoire local. La diphtérie peut difficilement être confondue avec les formes en plaques de la Mycose, L'état général, la fièvre, la moindre adhérence de ses fausses membranes, l'examen microscopique et la cul-

ture permettent un diagnostic certain. Du reste il suffit d'avoir vu une fois la Mycose pharyngée pour ne pas la confondre avec d'autres affections. Sous le microscope, le leptothrix sur une préparation colorée au Gram se présente en violet au milieu de cellules épithéliales qui son en jaune.

Les symptômes fonctionnels qu'éprouve le malade sont souvent minimes, c'est pourquoi l'affection reste parfois inconnue. Il éprouve une sensation de gêne à la gorge, des chatouillements, des picotements ; dans les cas très accentués, il existe une dysphagie modérée. La toux réflexe accompagnée parfois de vomissements et l'haleine légèrement fétide ne sont pas rares. Des phénomènes nerveux de dépression morale ne sont pas exceptionnels étant donné que la mycose se greffe souvent sur un terrain névropathique.

TRAITEMENT

Différents traitements ont été proposés à ce jour dans les cas de mycose pharyngée. On peut les diviser en traitements médicaux et chirurgicaux.

Les premiers consistent en gargarismes à l'eau légèrement iodée, à l'eau oxygénée, à l'acide salicylique, à l'acide phénique, au sublimé à $\frac{1}{2000}$ etc... Viennent ensuite les badigeonnages au chlorure de zinc à $\frac{1}{15}$, badigeonnages iodés, au perchlorure de fer et cautérisations à l'acide lactique au $\frac{50}{100}$ ou même pur, à l'acide chromique etc...

Comme traitement chirurgical, l'ablation à la pince coupante des points blancs mycosiques et de leurs bases d'implantation est souvent pratiquée. Cette ablation est suivie d'un badigeonnage ou d'une cautérisation et on recommande au malade des gargarismes dans l'intervalle.

GAREL combine à l'extirpation la galvanocautérisation profonde de tous les points blancs inaccessibles à la pince. Mais il faut avouer que ces traitements sont le plus souvent inefficaces, parfois même nocifs, les ablations à la pince coupante provoquant fréquemment la multiplication des touffes de leptothrix.

L'électrocoagulation ou la diathermocoagulation qui a été employée dans les observations qui vont suivre a sur les autres procédés de destructions de multiples avantages,

1^o L'opération par l'électrocoagulation n'est pas gênée par l'écoulement sanguin. Quand l'électrode diathermique arrive en contact avec les vaisseaux sanguins, l'hémostase se fait d'elle-même. L'élévation thermique qui se produit au contact de cette électrode amène la coagulation immédiate du sang et les caillots qui se forment ferment l'ouverture produite dans les vaisseaux.

2° L'action de l'électrocoagulation se porte non seulement sur les parties visibles mais au-delà d'elles et assure ainsi la destruction de la base d'implantation des points mycosiques. C'est pourquoi les récidives sont une rareté dans les cas d'ablation à la diathermie.

3° Les précautions antiseptiques à prendre avec ce mode de destruction sont minimales puisque la diathermocoagulation produit elle-même la stérilisation des tissus.

4° La durée de l'intervention est toujours très courte et le malade beaucoup moins impressionné que par les autres moyens chirurgicaux.

Etant donné qu'il s'agit dans les cas de mycose d'une destruction plus ou moins superficielle, les inconvénients que présente l'électrocoagulation dans les cas de destruction profondes, n'existent pour ainsi dire pas. Dans les cas qui vont suivre nous n'avons constaté aucune hémorragie ni pendant l'opération ni au moment de la chute de l'escarre. La coagulation n'a jamais été profonde pour causer des accidents quelconques et n'a point produit d'adhérences sur le voile du palais ou la muqueuse pharyngée. La cicatrisation s'est toujours faite dans de très bonnes conditions.

OBSERVATIONS

Observation No 1. — M^{lle} M., 25 ans. Nasopharyngite depuis une année. Amygdalite cryptique. Pharyngomycose.

Le 15 mai la malade a une angine sans fièvre qui laisse à sa suite une sensation de gêne dans la gorge ainsi que des piccottements. A l'examen de la gorge on constate sur l'amygdale gauche de nombreux points blancs qui ne correspondent pas aux cryptes. Ils sont difficile à détacher, sans phénomènes inflammatoires du voisinage ; quelques-uns de ces points siègent sur le pilier postérieur ; au pôle inférieur de l'amygdale, plusieurs entre eux sont confluents et forment une plaque saillant, au total le nombre des points est de quinze.

Pas de troubles digestifs, pas de nervosisme. La malade est traitée par des badigeonnages avec la solution iodo-iodurée et par des attouchements à la teinture d'iode ; ce traitement pendant plus d'un mois ne donne aucun résultat et les touffes mycosiques persistent sans changements jusqu'au 10 octobre, date à laquelle on commence une série de séances d'électrocoagulation. Après chaque séance dont l'intensité varie entre 200 à 400 milliampères, une amélioration se manifeste et à l'heure actuelle, aucune touffe ou plaque de pharyngomycose ne se présente plus sur l'amygdale gauche.

L'électrode était une aiguille et les escarres s'éliminèrent au bout de 4—5 jours de sorte qu'on put faire une séance par semaine.

Observation No 2. — M. H. B., 19 ans.

Il y a un an le malade ressenti une douleur à la déglutition accompagnée d'une extinction de voix ; cet état dure

15 jours ; quelques mois après survînt une autre poussée qui passa également très vite. En juillet, le malade remarqua de nombreux points blancs sur ses deux amygdales et la parois postérieurs du pharynx, en même temps qu'il ressentit des picottements et une légère dysphagie.

Il fit de gargarismes avec de l'eau oxygénée, à l'acide salicylique, mais la sensation de gêne persista, quelques badigeonnages au collargol, à la teinture d'iode, restèrent également sans effet; à l'examen du pharynx, on constate des points mycosiques régulièrement disposés sur les deux amygdales et sur la partie latérale droite du pharynx, surtout derrière le pilier postérieur ; quelques îlots disséminés sur le voile du palais.

Voies digestives bonnes ; pas de nervosisme. On fait deux séances d'électrocoagulation à 15 jours d'intervalle ; après la première séance déjà, la mycose n'apparaît plus qu'à certaines places ; après la deuxième destruction des touffes, on ne remarque plus rien d'anormal.

Observation N° 3. — M^{me} B. D. 34 ans. Hyperchlorhydrie. Dyspepsie. Ulcère gastrique ? Nervosisme.

La malade se présente pour une dysphagie pénible qui dure depuis 15 jours, dont tous les symptômes sont visiblement exagérés.

A l'examen, on constate des bandes rouges de pharyngite latérale ; beaucoup de cryptes contiennent du magma caséeux, par endroits, on remarque sur les amygdales très hypertrophiées des petites plaques légèrement proéminantes de mycose ; les attouchements de ces plaques provoquent de petites hémorragies.

Une série de badigeonnages désinfectants au collargol et à la solution iodo-iodurée, un nettoyage des grosses cryptes font légèrement diminuer le volume des amygdales et amènent en partie la disparition du magma caséeux. Les plaques de pharyngite latérale sont également supprimées après deux attouchements au chlorure de zinc à 1/30, mais

les plaques de mycose persistent ainsi que la dysphagie.

Après une seule séance d'électrocoagulation avec une électrode-boule à 400 milliampères les croûtes postdiathermiques tombent au bout de 8 jours et les plaques de mycose ne réapparaissent plus. La malade ne ressent plus aucune gêne à la déglutition.

Observation N° 4. — M^{lle} C. B., 22 ans ; traitée depuis plusieurs années pour indigestions répétées.

Regurgitations acides ; mauvaise haleine ; petit goître. Quelques symptômes basedowiens. Pas d'exophthalmie. Nervosisme très prononcé.

Depuis deux ans picottements intermittents dans la région amygdalienne gauche. Il y a 4 mois, la malade a remarqué des membranes blanches sur l'amygdale gauche. Ces points persistant malgré les gargarismes et les compresses répétées. On constate en effet deux plaques mycosiques de deux à trois centimètres chacune situées l'une à côté de l'autre sur le pôle supérieur de l'amygdale gauche. Pas d'amygdalite ; pas de magma dans les cryptes ; 3 séances d'électrocoagulation avec l'aiguille diathermique. Guérison complète.

Observation N° 5. — M^{lle} L. T., 29 ans.

La malade vient consulter pour une gêne qu'elle sent toujours dans le pharynx du côté gauche. Cette sensation la gêne à tel point qu'elle la réveille durant la nuit ; pas d'autre trouble. La digestion est bonne. La malade n'est pas nerveuse. Elle n'a eu recours jusqu'à présent à aucun traitement. A l'âge de 17 ans elle a subi une amygdalotomie bilatérale.

A l'examen du pharynx les deux amygdates sont très rétractées, invisibles sans écartement prononcé du pilier antérieur ; l'amygdale droite très réduite, n'est qu'une mince bande lymphoïde, elle ne présente rien de particulier. L'amygdale gauche un peu plus développée mais également

cachée dans la loge est toute couverte de points isolés de mycose, surélevés, surtout localisés au milieu de l'amygdale ainsi que sur la face antérieure du pilier postérieur.

Etant donné le volume réduit de l'amygdale on commence par des séances prudentes d'électrocoagulation et la destruction par étincelage ne porte que sur les points mycosiques. Peu à peu, après chaque séance, les points mycosiques diminuent de nombre et de volume et actuellement après sa huitième application, la malade ne présente que de petites traces insignifiantes de sa pharyngomycose.

CONCLUSIONS

1^o La pharyngomycose est une affection bénigne apparaissant sous l'influence de causes diverses qui ne sont pas toujours en relation avec un état névropathique ou un mauvais fonctionnement des voies digestives.

2^o Des divers médicaments, désinfectants et antiparasitaires, employés jusqu'à ce jour ne sont guère efficaces dans les cas de pharyngomycose.

3^o L'électrocoagulation est un traitement de choix qui se montre toujours très actif en détruisant complètement les touffes et les plaques mycosiques.

Elle a le grand avantage de ne pas provoquer d'hémorragie, d'être antiseptique, de former des cicatrices très souples, de ne présenter aucun danger, d'être courte, de ne pas exiger des soins postopératoires, de ne pas impressionner le malade, et c'est là sa qualité maîtresse, d'éviter les récidives.

BIBLIOGRAPHIE

- COLIN. — De la mycose leptothrixique pharyngée. Paris, 1893, G. Steinheil, 88 p. 80.
- GAREL. — Mycosis bénin de l'arrière gorge. *Revue de Laryngologie*. Paris, 1893.
- LANNOIS. — Précis des maladies du larynx, du nez et du pharynx. (Masson) 1908.
- G. DE PARREL. — Précis de thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologique. Maloine 1921.
- BORDIER. — Diatermie et diathermothérapie. Baillière et fils, 1927.
- MOULONGUET. — Les grands syndromes oto-rhino-laryngologiques. Douin, Paris, 1926.
-

